



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**SUPERANDO DESAFIOS NA COMUNIDADE: PROPOSTA DE
MICROINTERVENÇÕES PARA A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PONTAL
DE MACEIÓ, NO MUNICÍPIO DE FORTIM/CEARÁ.**

MARCO ANDERSON DE SOUSA FEITOSA TAVEIRA

NATAL/RN
2021

SUPERANDO DESAFIOS NA COMUNIDADE: PROPOSTA DE MICROINTERVENÇÕES
PARA A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PONTAL DE MACEIÓ, NO MUNICÍPIO DE
FORTIM/CEARÁ.

MARCO ANDERSON DE SOUSA FEITOSA TAVEIRA

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: CILENE NUNES DANTAS

NATAL/RN
2021

Agradeço à Deus pela minha vida, e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo do curso.

À minha mãe, filho, esposa e irmãos que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização desse trabalho.

Aos professores, pelas correções que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional.

Serei eternamente grato a Deus por tê-lo em meu coração e por ter me proporcionado as maiores alegrias como a conclusão deste trabalho.

RESUMO

O estudo tem como objetivo descrever as microintervenções propostas por uma equipe de saúde para organização da demanda espontânea, assim como as consultas programadas dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e as consultas de crescimentos e desenvolvimentos das crianças da Unidade Básica de Saúde (UBS) Pontal de Macéio, do município de Fortim, no estado do Ceará. Trata-se de um relato de experiência, de três microintervenções na unidade básica citada acima, com apoio de uma pesquisa bibliográfica e um estudo de caso, no período dos meses de março e abril de 2020. Em suma, a realização dessas ações na comunidade de Pontal foi desafiadora, pois a prevenção de doenças, educação e a promoção da saúde na atenção primária ainda necessitam ser consolidada junto à comunidade pelos profissionais de saúde e gestores no cotidiano do processo de trabalho. Foi um trabalho de difícil realização devido aos hábitos da população assistida, mas a educação foi primordial para o bom resultado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. População. Saúde.

SUMÁRIO

| | | | |
|------------------|--------|----|------------------|
| 1 | | | |
| INTRODUÇÃO..... | | | |
| 2 | RELATO | DE | MICROINTERVENÇÃO |
| 1..... | | | 10 |
| 3 | RELATO | DE | MICROINTERVENÇÃO |
| 2..... | | | 14 |
| 4 | RELATO | DE | MICROINTERVENÇÃO |
| 3..... | | | 17 |
| 5 | | | CONSIDERAÇÕES |
| FINAIS..... | | | 21 |
| 6 | | | |
| REFERÊNCIAS..... | | | |

1. INTRODUÇÃO

O estudo inicia-se com a compreensão do termo Atenção Primária à Saúde - APS expressa comumente na área de saúde e atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidade de saúde de um sistema que se caracteriza pelo desenvolvimento de conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, ofertada em todo o território brasileiro como atividades de saúde pública. É senso comum estender essas unidades como espaços onde se dá, ou deveria se dar, majoritariamente, o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde existe capacidade para resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados.

É senso comum estender essas unidades como espaços onde se dá, ou deveria se dar, majoritariamente, o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde existe a capacidade para resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados.

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação.

Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelos quais os cuidados de saúde são levados o mais proximadamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 1 - 2).

O estudo sobre "As Microintervenções realizadas na Unidade Básica de saúde Pontal de Maceió" despertou interesse em refletir sobre o grande desafio de toda Unidade Básica de Saúde ser organizada com fluxo em demanda espontânea. Foi percebido que tinha uma demanda espontânea desorganizada, e isso interfere nas consultas programadas dos pacientes com doenças crônicas, na saúde da mulher, pré-natal, na saúde do idoso, na saúde mental e da criança.

Portanto, o presente trabalho justifica-se pela necessidade de contribuir com a melhoria da qualidade do atendimento oferecido a demanda espontânea da Unidade Básica de Saúde, de maneira a propor um plano de ação que venha reorganizar a assistência prestada aos usuários.

As demandas livres na Unidade Básica de Pontal de Macéio no município de Fortim no Estado de Ceará eram todos os dias, e conseqüentemente os programas de acompanhamento praticamente não existiam. Por ser uma unidade básica longe do centro da cidade, sendo um povoadp principalmente de pessoas ligadas à pesca, a UBS acabou se tornando um local de procura para todo tipo de atendimento.

A referente Unidade Básica de Saúde é distante do hospital, e faz todo tipo de procedimento como suturas, hidratação venosa, prescrição de medicação injetável, imobilização de membro, limpeza de úlcera dentre outros procedimentos.

Para melhor atendimento o primeiro passo foi organizar essa demanda, através da realização do acolhimento. Foi deixado a segunda-feira para o acolhimento da demanda livre, devido os atendimentos reprimidos do sábado e domingo. O restante da semana continuou sendo realizado o atendimento, porém os que não eram urgência nem emergências, eram agendados para os programas respectivos.

Outro fator denotado foi a conscientização dos portadores de doenças crônicas e do acompanhamento das crianças com as consultas regulares. Foi realizado um levantamento dos entraves da população alvo a não ir a UBS. E com a ajuda dos agentes comunitários de saúde foi havendo uma conscientização da população assistida sobre a importância das consultas programadas e os respectivos benefícios trazidos tanto ao povo quanto aos trabalhadores da unidade básica de saúde.

O objetivo da pesquisa foi descrever relatos de serviço prestados e microintervenções realizados na Unidade Básica de saúde Pontal de Maceió, em que foram necessárias medidas estratégicas para superar os desafios de uma comunidade que tinha pouco conhecimento da importância do cuidar bem da saúde.

Diante do exposto parte-se do princípio que para o bom funcionamento de qualquer sistema de saúde é imprescindível que as ações e as atividades da APS sejam resolutivas, visando assegurar a redução das iniquidades e garantir um cuidado em saúde de qualidades.

Assim a estruturação do processo de trabalho da saúde das crianças, dos jovens, idosos e da comunidade em geral compartilhando conhecimentos e organização no atendimento a demanda.

A metodologia utilizada para a exposição do estudo foi relatos de experiências na Unidade Básica de Saúde Pontal de Maceió, que priorizam os cuidados primários de saúde essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação.

Realizou-se também pesquisas científicas de acordo com a OMS em que mostra os direitos das pessoas a saúde e a importância do vínculo com o serviço para que possa ser atendida de forma mais eficiente. Para que este vínculo se converta em fortes laços de relacionamento de benefícios aos usuários foi necessário organização e repasse desses benefícios dos serviços prestados a comunidade regularmente.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

Inicialmente, destaca-se a definição de demanda espontânea, para uma melhor compreensão do tema, tida como um dos grandes desafios de toda Unidade Básica de saúde, isso porque é o paciente que chega à qualquer hora do dia solicitando atendimento, e geralmente quer ser atendido de forma imediata, não entendendo que ali também existem outras pessoas que estão agendadas e que também precisam de atendimento. Muitas da vezes, fica insatisfeito com o acolhimento e deseja à consulta médica.

Essa parte emerge da demanda em saúde que significa a necessidade por serviços de saúde requerida por uma população ou comunidade em determinado período de tempo, sendo esta subdividida em demanda programada e demanda espontânea(BRASIL, 2013).

Entende-se por demanda programada aquela que é agendada previamente, ou seja, toda demanda assistencial trazida por um usuário que não se constitua em urgência/emergência clínica sendo portanto totalmente passível de agendamento para data futura sem colocar em risco a integridade física deste usuário que traz a demanda(BRASIL, 2011; FRIEDRICH E PIERANTONI, 2006).

O usuário da atenção básica define, como formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-lo enquanto demanda ao serviço de saúde. E é importante que a demanda apresentada seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima(BRASIL, 2013).

Dentro desse entendimento, a UBS pesquisada se programa da seguinte forma: geralmente a segunda-feira é o dia da semana que mais apresenta demanda livre porque o posto de saúde fica fechado sábado e domingo, acumulando atendimentos, e quando chega o primeiro dia útil da semana aparecem todos aqueles pacientes que aguardaram a UBS reabrir. A microintervenção na demanda livre é o aspecto mais importante a ser organizado numa unidade de saúde. Como fazer uma metodologia de forma a resolver um dos maiores problemas que uma equipe de saúde enfrenta? Como mudar uma realidade que predomina à anos? O próprio Ministério da Saúde na portaria 2048 afirma que:

Dentro da Concepção de reestruturação do modelo de reestruturação do modelo assistencial atualmente preconizado, inclusive com a implementação do Programa de Saúde da Família, é fundamental que a atenção primária e o Programa Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados da sua área de cobertura ou adscrição da clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência. (BRASIL, 2002, p. 11).

A maioria das UBS tem uma agenda programada com aquela parcela da população que será atendida, e um número limitado de encaixes para emergências que vão surgindo ao longo do dia. Tem-se nas demandas livres diversos casos de patologias, como crianças com febre,

idosos com picos hipertensivos e hiperglicêmicos, gestantes com sangramentos, pequenos acidentes que necessitam de suturas, e sem falar que estamos vivenciando uma pandemia de COVID-19, que começa a apresentar novos casos a cada dia. Como administrar tudo isso num universo de uma Unidade Básica de Saúde? Sabendo que existem programas a cumprir como puericultura, saúde do idoso, programa de pacientes com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, Pré-natal, saúde da mulher, saúde mental, Programa de tuberculose e hanseníase.

Nesse novo contexto assistencial que se faz juz pensar em novos formatos de atendimento que possibilite conciliar com qualidade e efetividade assistencial as necessidades espontâneas e as demandas programadas de nossos usuários. E neste foco que se propõe uma intervenção com intuito de conciliar estas necessidades a primeiro olhar divergentes e melhorar a qualidade de atendimento ao usuário que busca a UBS.

O Brasil é um país heterogêneo em que existem regiões ricas com melhor suporte para sua população com muitos hospitais e unidade de pronto atendimentos, além da atenção básica, e áreas mais carentes em que a população depende quase que exclusivamente da Unidade Básica de Saúde, que é o caso da grande maioria do país. E essa é a realidade de boa parte das equipes de saúde da família ser o único meio de saúde daquela região, portanto é uma grande responsabilidade atender os pacientes agendados e fazer o acolhimento da demanda espontânea.

Antes da microintervenção os atendimentos na UBS eram da seguinte forma: todas as faixas etárias diariamente, ou seja, doenças crônicas, puericultura, pacientes com tuberculose, pré-natal, saúde mental, renovação de prescrições associado a demanda livre. A experiência não era das melhores porque havia tumulto, principalmente porque todos se achavam como prioridade. Foi sugerido a mudança a coordenadora do município, porém a mesma não permitiu, e orientou a continuar da forma como o município já fazia.

Entretanto a equipe sepre se reunia com intenção de melhorias nos atendimentos. A alteração desejada da equipe só veio a partir da coordenação do município que entendeu o foco em relação a demanda espontânea. Foram feitas reuniões entre o coordenador e a equipe de saúde da família entre abril e maio de 2020. Foi exposto a particularidade de ser uma Unidade Básica de saúde distante do hospital de pequeno porte da cidade, e devido a questões socio-econômicas os pacientes que adoecem nos finais de semana em sua grande maioria aguardam a unidade de saúde abrir na segunda-feira.

Percebeu-se que a demanda da segunda-feira como sendo a de maior procura por pacientes e que vai caindo de forma decrescente no restante da semana. Na terça-feira a demanda cai pela metade e assim sucessivamente nos dias restantes. E esboçou-se um cronograma de atendimento de acordo com o número de gestantes, hipertensos, diabéticos, puericultura, saúde mental, doenças infecciosas, visitas domiciliares, saúde da criança, do adolescente, da mulher e do idoso para com isso aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar e reduzir danos à população.

Estudou-se uma metodologia de como organizar toda demanda espontânea da unidade de saúde de forma à cumprir os programas de atenção básica recomendadas pelo Ministério da Saúde. Iniciando com a atendente reconhecendo os casos que demanda atendimento imediato(maior vulnerabilidade), realização do acolhimento desses pacientes pela equipe incluindo o enfermeiro e o médico, orientação quanto ao fluxo, direcionamento para os programas já estabelecidos, apoio dos agentes de saúde na organização e conscientização da população atendida. Realização de pequenas reuniões com determinado seguimento do público assistido. Estabelecido uma retaguarda com a coordenação de saúde do município e com o centro de referência de urgências.

Eram 25 gestantes naquele momento. Já a população hipertensa e diabética acompanhada em torno de 300 pacientes. A saúde mental é outra grande demanda de consulta agendada, assim como a puericultura. Foi repassado os dados a comunidade através de pequenas reuniões, com a ajuda dos agentes comunitários para assim conscientizar aquela parte da população que só procurar a unidade de saúde apenas quando não está bem, tendo uma visão apenas da medicina curativa ao invés da preventiva Outra idéia apresentada ao público foi a classificação de risco de saúde, organizando os serviços de espera, abolindo os atendimentos por ordem de chegada.

Em decorrência da grande demanda espontânea citada, concluiu-se deixar a segunda-feira sem pacientes agendados, deixando os dois turnos para os pacientes serem acolhidos com atendimento médico e da enfermagem. O município não tem sistema de atendimento móvel de urgências, mas sim algumas poucas ambulâncias, que nem sempre estão disponíveis.. Com isso a demanda fica reprimida no final de semana.

Ficou convencionado que o acolhimento continua no restante da semana, e foi proposto a grade de consultas programadas. Na terça-feira no turno da manhã ficou o pré-natal, já no período da tarde a puericultura. Devido a quantidade de hipertensos e diabeticos foi proposto dois turnos quarta e quinta-feira no período da manhã, sendo que a quarta-feira é o dia de atendimento da Nutricionista, que é de grande valia no atendimento desse tipo de paciente.

Na quarta-feira à tarde foi agendado a saúde mental e a saúde da mulher. Na quinta-feira à tarde as visitas dos pacientes acamados e os que não podem se dirigir até a unidade básica de saúde. Com essa modificação no atendimento a demanda espontânea durante o serviço de acolhimento foi redirecionado os casos que não eram urgência/emergência para o restante da semana para as demandas programadas da unidade.

Cabe lembrar, que as experiências de fato vividas, sentidas ou percebidas pelos usuários são mais efetivas que o discurso ou a argumentação racioanal, ainda que essa seja necessária. Se a existência do acolhimento for produtora de cuidado e inclusão para os usuários, com o tempo, provavelmente, eles irão defender mais esse dispositivo, aumentando sua chance de sustentabilidade(caderno de atenção básico - Ministério da Saúde).

No início o grande nó crítico foi o paciente entender que sua condição pode ser resolvida numa consulta agendada. Com o tempo a população foi entendendo que era necessária a organização da atenção primária, ou seja, sendo educada. O adulto também se educa.

Conclui-se que as propostas idealizadas e colocadas e prática no período entre abril e maio de 2020 foram essenciais para a melhoria do funcionamento da unidade de saúde, pois com o acolhimento da demanda espontânea por todos os trabalhadores da saúde, com direcionamento quando necessário para os programas pré-estabelecidos, ou seja, agendamentos deram o suporte que a equipe necessitava, o fluxo ficou fácil e mais agradável para se enfrentar os desafios do dia a dia.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

O cuidado à criança prestado, dentro de uma unidade básica de saúde(UBS), é complexo e multidisciplinar, pois envolve a fase mais importante do desenvolvimento de um ser humano. O profissional de saúde deve criar um ambiente de diálogo com a família, que se inicia no acolhimento, gerando um vínculo e responsabilização com a equipe de saúde (BRASIL, 2012).

Diante disso, a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ter um olhar especial sobre a criança gerando um atendimento mais completo devido estar localizada a casa e escola, gerando uma convivência harmoniosa e benéfica no acompanhamento, crescimento e desenvolvimento.

Destaca-se que a puericultura na atenção primária é uma prática de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança nos primeiros 24 meses de vida desenvolvida tanto pelo médico quanto pela Enfermagem da equipe saúde da família (BRASIL, 2016).

O acompanhamento programado do crescimento e desenvolvimento complementado por atividades de controle de doenças prevalentes, como diarreia e afecções respiratórias agudas, pelas ações básicas como o estímulo ao aleitamento materno, orientação alimentar e imunizações contribui para a promoção de uma boa qualidade de vida. Para isso, torna-se imprescindível o esforço da família e da equipe.

Evidencia-se como o grande desafio no atendimento em saúde da criança é a quantidade de faltosos nas consultas agendadas. A maioria das famílias dos recém nascidos só procura atendimento quando percebe algo de anormal na saúde da criança, ou seja, para consultas de emergências ou urgências. Daí a importância de conscientizar a população assistida da necessidade das consultas rotineiras como forma de evitar ou amenizar um problema de saúde. A conscientização do núcleo familiar das idas regulares a unidade básica de saúde para avaliação do crescimento e desenvolvimento.

Esse acompanhamento inicia ainda no pré-natal, com identificação precoce de fatores de risco, prevenção de doenças neurológicas, infecciosas e não infecciosas, destacando a importância do diagnóstico precoce da criança, a exemplo do ácido fólico e testes sorológicos para citomegalovirus, rubéola, toxoplasmose, sífilis e HIV. A criança deve sair da maternidade com o registro das internações, com o tipo de parto, as primeiras vacinas, e os exames e teste realizados (teste do coraçãzinho, teste do olhinho, teste da linguinha).

Ao assumir a responsabilidade por aquele pequeno ser que acabou de nascer, o profissional da atenção básica, deve fazer o agendamento das consultas, realizar o teste do pezinho na primeira consulta (dentro dos primeiros 05 dias de nascido). Quando a mãe e a criança recebem alta hospitalar, o agente comunitário de saúde avisa a equipe que o recém nascido já encontra-se em casa, e dentro dos primeiros cinco dias o enfermeiro vai até a residência fazer o teste do pezinho, e conseqüentemente fazer a primeira consulta. Durante a consulta é orientado sobre o aleitamento materno exclusivo é benéfico tanto ao recém

nascimento como também a mãe. Explica-se quanto a ordenha que é um processo manual útil para retirada do leite do peito. Esclare-se sobre o Programa nacional de vacinação, ou seja, o calendário vacinal para crianças.

Segue-se no acompanhamento regular do crescimento e desenvolvimento, segundo a orientação do Ministério da Saúde que recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida, isto é, na primeira semana, primeiro mês, segundo, quarto, sexto, nono e décimo segundo mês. Além das consultas do segundo ano de vida, geralmente no décimo oitavo e vigésimo quarto mês de vida. A partir do segundo ano de vida, as consultas tornam-se anuais, próximas ao mês de aniversário. Para toda esse protocolo funcionar é fundamental a presença do agente comunitário de saúde no acompanhamento da criança, pois é ele que tem contato direta quase que diário com as famílias em suas residências, e faz os lembretes quando as consultas estão próximas de acontecer.

Para que este atendimento seja eficaz e provoque a satisfação do usuário, é fundamental que ele seja humanizado. A humanização faz com as ações em saúde representem mais que atendimento com qualidade e resolutividades. Ela representa a valorização da dignidade do profissional e do usuário (SIMÕES et al., p. 475, 2007).

Portanto de acordo com os autores, a metodologia na UBS durante as consultas tanto do médico como da Enfermagem, todas as consultas de rotina o profissional avalia, orienta e registra no prontuário e na caderneta da criança a anamnese, exame físico, peso, comprimento, perímetro cefálico, vacinas, alimentação, identificação de problemas e vulnerabilidade familiar, trazendo segurança à criança. Essa fase da vida, é a mais importante do ser humano, pois com a conquista da saúde o caminho fica mais fácil o desenvolvimento social, cognitivo, físico e emocional, reduzindo as desigualdades sociais na fase adulta.

O desenvolvimento infantil é um processo contínuo que promove mudança nas diversas áreas: física, social, emocional e cognitiva. Detectar precocemente crianças que possam ter atrasos é um dos objetivos das consultas de saúde de criança de rotina. Uma intervenção precoce no desenvolvimento infantil faz toda a diferença na vida de uma criança. O planejamento familiar, a realização de uma adequada assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, as medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde nos primeiros anos de vida são condições cruciais para o desenvolvimento infantil se processe de forma adequada.

Cada contato entre a criança e os serviços de atenção básica presente na comunidade, independente do fato, queixa ou doença que o motivou, deve ser tratado como uma grande oportunidade para a análise integrada de sua saúde, e para ação resolutiva, de promoção de saúde, com forte caráter educativo. O acompanhamento sistemático do crescimento da criança constitui o eixo central desse atendimento.

A partir da consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é também possível o estabelecimento de condutas curativas dos processos patológicos presente e o

estabelecimento de condutas preventivas, adequadas à cada idade, sobre vacinação, alimentação, estimulação e cuidados gerais com a criança em um processo contínuo de educação para saúde. Foi assim que concluiu-se para melhor as consultas de saúde da criança em nossa Unidade básica de saúde. Uma criança saudável será um adulto com condições adequadas para lutar por um futuro mais digno.

As microintervenções apresentaram propostas e estratégias para garantir a sustentabilidade da UBS na localidade do estudo possibilitando um atendimento da população de modo preventivo, integrado e contínuo.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

A hipertensão é um dos mais importantes fatores de risco preveníveis das causas de morte no Brasil. Frequentemente está associada a alterações funcionais e/ou estruturais de órgão alvo e/ou estruturais de órgãos alvos e a alterações metabólicas podendo levar a doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e insuficiência renal quando não é detectada precocemente e tratada de maneira adequada(Programa de educação permanente na atenção primária).

A incidência de hipertensão aumenta com a idade, mas, em geral cerca de 32% dos adultos têm essa condição (Sociedade Brasileira de Cardiologia). Estima-se que 20% das consultas anuais de um médico na atenção primária são devido a Hipertensão.

Identificou-se como problemas em relação ao acompanhamento de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis que são os hipertensos e diabéticos. Esses pacientes só se dirigiam a unidade básica de saúde para trocar a receita quando a mesma já estava vencida e conseqüentemente não podiam pegar a medicação gratuitamente. Outra questão para buscar atendimento era apenas quando não estava se sentindo bem, ou seja, picos hipertensivos ou hiperglicemia.

Realizou-se uma classificação e priorização dos pacientes que tinham mais dificuldade de ir até a unidade básica de saúde, quantos estavam acamados ou com doença reumatológica/ortopédica com impossibilidade de se deslocar até a unidade de saúde? Quantos eram diabéticos e desses quais eram insulino-dependente? Quais pacientes faziam uma alimentação saudável? Quantos pacientes eram diabéticos e/ou hipertensos? Qual agente comunitário de saúde tinha mais doentes crônicos não transmissíveis? Com esses dados foi feito o mapeamento da área de abrangência da UBS.

A Hipertensão é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos maior ou igual a 140 ou maior ou igual 90 mmhg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada por outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância a glicose e diabetes melito(Diretrizes Brasileira de Hipertensão 2020).

Uma epidemia de Diabetes melitos está em curso, atualmente estima-se que a população mundial com diabetes seja na ordem de 387 milhões e que alcance 471 milhões em 2035. Cerca de 80 por cento desses indivíduos vivem em países em desenvolvimento como o Brasil, onde a epidemia tem maior intensidade(Diretriz Brasileira de Diabetes). O número de diabetes vem aumentando em virtude do crescimento e envelhecimento populacional, sedentarismo e obesidade.

O desafio de como trazer o paciente portador de doença crônicas para consultas regulares na unidade básica de saúde, precisava-se saber o que fazia o paciente a se abster às consultas programadas, e preferir ir à UBS apenas para consultas de demanda livre para renovar receita

ou quando não estava se sentindo bem devido um pico hipertensivo ou hiperglicêmico.

Os nós críticos encontrados foram trazer o paciente regularmente ao PSF, assim como orientar o paciente quanto os horários das medicações e conseqüentemente o uso regular da mesma. Outro nó foi conciliar as consultas do programa HIPERDIA num horário em que a Nutricionista tivesse disponibilidade de estar presente para uma ação conjunta de consulta médica, de enfermagem e o apoio nutricional. Ou seja, uma equipe multiprofissional.

O tratamento e o acompanhamento do portador de hipertensão e/ou diabetes devem ser feitos por equipe multiprofissional, de forma longitudinal por meio de vínculo e responsabilidade compartilhada entre os membros da equipe, por meio de planos terapêuticos individualizados, que promovam o autocuidado apoiado, na visão de cuidado integral, centrado na pessoa, levando-se em conta os aspectos culturais, familiares e comunitários. Bem como a vulnerabilidade do indivíduo.

A elaboração do plano terapêutico iniciou pelo parâmetro de prevalência total e por estratificação de risco dos pacientes hipertensos e diabéticos. Da seguinte forma: total de hipertensos, hipertensos de baixo risco, hipertensos de médio risco e hipertensos de alto e muito alto risco, com a respectiva porcentagem de 50 por cento, 35 por cento e 15 por cento. Já em relação aos diabéticos ocorreu de forma similar baixo risco, moderado e alto e muito alto risco, com a respectiva porcentagem de 40%, 35% e 25%.

Quanto maior o risco, menor deveriam ser o espaço entre as consultas, isto é, consultas regulares em no mínimo de 03 em 03 meses. De risco Moderado pelo menos de 04 a 06 meses de intervalo entre as consultas. E os paciente de baixo risco com consultas anuais, caso necessário com retornos programados antes das datas previstas.

O Objetivo das intervenções juntos aos paciente com hipertensão e diabetes é a obtenção das metas de bom controle ao longo da vida, porém isso representa um grande desafio, por trata-se de uma condição crônica, que exige modificação do estilo de vida(MEV) que por sua vez está ligada à vida de familiares e amigos, sendo mais do que uma escolha individual

Dessa forma, e considerando que a maioria dos cuidados diários necessários ao tratamento dessas doenças crônicas são realizadas pelo paciente ou familiar, a educação assume importância fundamental na terapêutica e na integração desses pacientes na sociedade como reconhece a Organização Mundial de Saúde.

Nesse contexto foram separados dois turnos para o acompanhamento do paciente hipertenso e diabético. Na chegada a unidade, passava primeiro pelo técnico em enfermagem que verificava a pressão arterial, peso/altura e realização de HGT. Em seguida passava pela consulta de enfermagem ou médico, nesse último caso ocorre um revezamento das consultas, intercalando na avaliação do paciente. Em seguida encaminhada para consulta com a Nutricionista para elaboração de dieta individualizada de acordo com a patologia. E as visitas dos Acs mensais aos pacientes cadastrados no programa.

A gestão do plano deve levar em conta o número de consultas e de atendimento para usuário com hipertensão e diabetes deve considerar a estratificação de risco. No entanto a equipe de que a programação do cuidado não deve ser rígida e se limitar ao critério de controle metabólico e níveis pressóricos ou ao critério da presença de uma doença específica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o estudo sobre "As microintervenções realizadas na Unidade Básica de Saúde Pontal de Maceió foi de grande desafio, pois foi encontrada encontrada uma unidade básica de saúde desorganizada no setor de acolhimento e no acompanhamento dos pacientes pertencentes aos respectivos programas de saúde da criança, pré-natal, saúde mental, doenças crônicas não transmissíveis e saúde do idoso e da mulher.

De acordo com o objetivo de propor intervenções que possibilitem uma conciliação mais eficaz/eficiente do atendimento da demanda espontânea e da demanda programada em organizar e conscientizar os pacientes no agendamento da UBS para melhor atendimento, foi realizado um trabalho significativo na unidade de saúde de forma a organizar, acolher e agendar os pacientes para os programas respectivos de acordo com as orientações do Ministério da Saúde. Conclui-se que o principal problema era a demanda livre, que através da demanda imediata da procura contribuía para a piora da qualidade do serviço prestado a comunidade, pois não havia o acompanhamento regular do paciente e da sua respectiva patologia.

A chave do sucesso para organização da unidade de saúde foi a resolução da demanda espontânea através de um acolhimento eficaz. Através de um estudo da área de abrangência convencionou-se deixar a segunda-feira para demanda livre, devido ser uma região distante do hospital, e de não ter atendimento aos sábados e domingos. O restante da semana continuou com a realização do acolhimento por parte da equipe de saúde formada por Enfermeiro, técnico de enfermagem e do médico. Dependendo do caso clínico atendimento imediatamente, e o que não era classificado com urgência e emergência encaminhado aos programas distribuídos por dia na semana para determinado atendimento. A ajuda dos agentes comunitários foi essencial na conscientização e sinalização dos problemas, e conseqüente resolução.

Em relação às crianças foi realizado um trabalho de conscientização das famílias da importância das consultas de acompanhamento desde o nascimento com consultas regulares programadas para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Nesse ponto também foi importante a ajuda dos agentes comunitários de saúde com a marcação e a busca ativa dos faltosos. Foi deixado um turno por semana para o atendimento desse tipo de paciente.

Já os paciente com doenças crônicas não transmissíveis foi um capítulo à parte, pois os mesmo só tinham o costume de ir a UBS para renovar receitas de medicação crônica e controlada. Não havendo um controle da quantidade de pacientes, nem uma estratificação de riscos. Foi organizado os atendimentos em 2 turnos no período da manhã por ser uma região quente e por o idoso ter o hábito de acordar cedo. Foi realizada uma estratificação de risco para as consultas de acompanhamento seguintes. E houve uma assistência nas consultas da nutricionista com orientações quanto a dieta específica para hipertenso e/ou diabético e acompanhamento de índice de massa corpórea. Com essas intervenções conseguimos

diminuir os eventos de infarto e acidente vascular encefálico, pois tínhamos por perto os pacientes de baixo, médio e alto risco, e conseqüentemente dando maior longevidade e qualidade de vida.

Dessa forma, a relevância do estudo foi relatar pela organização dos atendimentos que é de suma importância para que as necessidades do usuário sejam acolhidas, para melhorar o fluxo de assistência, diminuir o número de pessoas na fila de espera por consultas e aperfeiçoar o suporte ao paciente. Portanto, identificar os problemas gerados pelo excesso de demanda espontânea e propor soluções para o mesmo é de grande valia, para o profissional de saúde.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. 1 ed.; reimp Brasília. Ministério da Saúde, 2013(cadernos de Atenção Básica n. 28, volume II).

Ministério da Saúde, Portaria 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares(PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006.

Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à Demanda Espontânea na APS Volume II (cadernos de Atenção Básica n. 28) Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Diretriz Brasileira de Hipertensão 2020. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. @016; Supl 3,. Caderno de Atenção Básica Crescimento e Desenvolvimento.

Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/vigitel, 2015. Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, 2016.

Ministério da Saúde. Instrutivo do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília 2011. Disponível em: http://siab.datasus.gov.br/SIAB/siab_downloads/instrutivoSIAB2011.pdf. acesso em 10 março 2021.

Ministério da Saúde, Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n.2048/GM de novembro de 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2002/Gm/GM-2048.htm>. Acessado em:02 de março2021.

CATARINO, L. C. A importância do acolhimento na atenção básica. TCC do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. UFMG, Governador Valadares: 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIALDA SAÚDE (OMS). Doenças crônicas degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação, atividade física e saúde. 2003. Caderno de atenção básica diabetes.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Ministério da saúde. Brasília, DF: 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Atualização brasileira sobre diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2005. 19. Brasil. Ministério da saúde. Secretária de Atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira - 2. ed - Brasília, 2014.

Caderno de atenção básica diabetes

Caderno de atenção básica crescimento e desenvolvimento.
Diretriz Brasileira de Hipertensão 2020
Medicina ambulatorial condutas baseadas em evidências.